



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3134 - Exploración y seguimiento en Atención Primaria

S. Giménez Brisarch<sup>a</sup>, M.Á. Manzanero Gualda<sup>b</sup> y M. García Galán<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Jávea. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Xàbia. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años que consultó a su médico de Atención Primaria por malestar general y vómitos de dos días de evolución. Se inició tratamiento sintomático, que no fue efectivo. El día siguiente presentaba empeoramiento, somnolencia y cefalea. Ante la mala evolución fue derivada a Urgencias Hospitalarias para ampliación de estudio con prueba de imagen. Como antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física en Centro de Salud: regular estado general, normohidratada. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorespiratoria dentro de la normalidad, abdomen no doloroso. Neurológicamente: Glasgow 15/15, orientada, somnolienta, bradipsiquia, pares craneales conservados, pupilas isocóricas y reactivas, sin nistagmus, no rigidez de nuca, fuerza y sensibilidad conservadas. También se solicitó estudio analítico sin alteraciones significativas. Una vez en el servicio de Urgencias Hospitalarias se realizó TC de cráneo: hematoma subdural bilateral de evolución subaguda con borramiento de las cisternas basales. Se realizó interconsulta a neurocirugía, coincidiendo el neurocirujano con la exploración física del centro de salud, sospecha clínica para la derivación y diagnóstico final. Decidió tratamiento conservador, ingresando el paciente a su cargo para tratamiento y control evolutivo.

**Juicio clínico:** Hematoma subdural bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** En este caso debe hacerse principalmente con hemorragia subaracnoidea, tumores troncoencefálicos, yatrogenia (fármacos), migraña, e hipertensión intracraneal de origen tumoral, infeccioso (meningitis), vascular (ACV) y traumático.

**Comentario final:** Desde Atención primaria debe realizarse el seguimiento pacientes con patologías crónicas y agudas, permitiendo detectar cambios que impliquen mala evolución o patología urgente. La anamnesis y exploración física es fundamental para detectar signos de alarma. Ante aparición de clínica neurológica debe hacerse un diagnóstico diferencial inicial que guíe las pruebas diagnósticas necesarias.

### Bibliografía

1. Mayer SA. Hemorrhagic cerebrovascular disease. En: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman & Cecil Medicine, 25<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016.
2. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, Silberstein SD, Saper JR, Aurora SK, et al. Migraine headache is present in the aura phase. Neurology. 2012;79:2044-9.

3. Varela-Hernández A, Cerrón-Rojas V, Herrera O, Infante J, García-Calzada J, Casares F, Morciego C.S. Hipertensión endocraneal. Rev Neurol. 2002;34:1152-61.

*Palabras clave:* Somnolencia. Vómitos. Cefalea subdural.